

**ACCORDO DI FIDUCIA
PER LE RICHIESTE INTERVENTI AI SENSI DEL F.N.N.A. ANNUALITA' 2022**

PERIODO DI RIFERIMENTO PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DALL'01.01.2023 AL 31.12.2023
(D.G.R. 149 del 20/03/2023 E D.G.R. N. 94 del 07/02/2024)

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista le **D.G.R. 149 del 20/03/2023 e N. 94 del 07/02/2024** di programmazione del "Fondo per la non autosufficienza 2022/2024" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di:

- a) Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;
- b) Assegno per persone in condizione di disabilità grave;

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione dell'assegno di cui alla lettera " _____";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM competente per territorio, che prende a riferimento la scala di misurazione della non autosufficienza "mNA", per la corresponsione dell'assegno di cura per persone con disabilità gravissima, così come individuate all'art. 3, del D.M. 26 Settembre 2016, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale "Mna" pari a " _____";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità grave" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**;

Vista la determina del Comune di Spoltore – ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitano – Settore II Socio Educativo N° _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio e della relativa graduatoria redatta in base a quanto stabilito dal punto 4 dell'Avviso;

Considerato che l'importo assegnato a carico del FNNA 2022 per l'assegno oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta complessivamente ad € _____ a copertura del periodo 01.01.2025 al 31.12.2025;

Considerato altresì che, il beneficio economico agli aventi diritto verrà erogato a cadenza quadrimestrale, previa verifica della persistenza dei requisiti che danno diritto al beneficio stesso;

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle su citate D.G.R., apposito "Accordo di fiducia" tra l'Ufficio di Piano del Comune di Spoltore ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitano ed il beneficiario;

TUTTO CIÒ PREMESSO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ presso _____

TRA

Il Comune di Spoltore (PE) codice fiscale /P.IVA 00128340684, rappresentato per le funzioni di cui al presente atto dal RUP dott.ssa Paola Serenelli, o suo delegato (delega del _____);

E

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ residente a
_____ via _____ tel.
_____ fax _____ cell. _____ indirizzo e-mail
_____ in qualità di:

- beneficiario
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro(specificare) _____

del/della Sig/Sig.ra _____ ammesso/a contributo si stipula il seguente "Accordo di Fiducia":

OBBLIGHI DEL COMUNE

Il Comune di Spoltore ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitano si impegna a versare al beneficiario la somma di € _____ con cadenza quadrimestrale previo accredito del finanziamento da parte della Regione Abruzzo in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

conto corrente bancario con IBAN _____

conto corrente postale con IBAN _____;

IL FIRMATARIO DEL PRESENTE "ACCORDO DI FIDUCIA"

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

DICHIARA

(barrare la scelta)

- il riconoscimento economico dell'impegno assistenziale da parte di un "*familiare caregiver*":

(indicare nominativo) _____;

- l'acquisto di prestazioni assistenziali da parte di assistente familiare:

(indicare nominativo) _____;

In caso di "*familiare caregiver*" si dichiara che la persona indicata è un familiare e si è occupato della persona beneficiaria.

Il sottoscrittore allega:

- 1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità,**
- 2. copia del conto dedicato,**

3. fotocopia del codice fiscale

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice copia originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per Il Comune

Il/La Beneficiario/a
